

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

682
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

P E T I T Janine

née le 24 Janvier 1930 au RAINCY (S&O)

Présentée et soutenue publiquement le :

INCIDENCES DES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES
D'EXPLORATION HEPATIQUE
SUR LES CURES DE DESINTOXICATION ETHYLIQUE

Président : M. DEPARIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : P E T I T

Prénom : Janine

Date de soutenance :

N° d'ordre :



1

PETIT Janine
Incidences des Perturbations
Biologiques d'Exploration
Hépatique sur les Cures de
Désintoxication Ethylique
Paris Dact. In 4° 36 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

PETIT Janine
Incidences des Perturbations
Biologiques d'Exploration
Hépatique sur les Cures de
Désintoxication Ethylique
Paris Dact. In 4° 36 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

PETIT Janine
Incidences des Perturbations
Biologiques d'Exploration
Hépatique sur les Cures de
Désintoxication Ethylique
Paris Dact. In 4° 36 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

PETTT Janine
Incidences des Perturbations
Biologiques d'Exploration
Hépatique sur les Cures de
Désintoxication Ethylique
Paris Dact In 4° 36 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556009_0025

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1959

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

P E T I T Janine

née le 24 Janvier 1930 au RAINCY (S-&-O)

Présentée et soutenue publiquement le :

INCIDENCES DES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES
D'EXPLORATION HEPATIQUE
SUR LES CURES DE DESINTOXICATION ETHYLIQUE

Président: M. DEPARIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESSSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Broussais GENNES (L. de)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	Baudelocque LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Port-Royal N . . .
	Tarnier VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N . . .
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N . . .
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	{ CAUROL (C.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.		
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)		
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUEHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	Pathologie expérimentale	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)	Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.), m. c. agr.
	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)		
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	OLIVIER (G.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)		
	ROUX (M.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	VERNE (J.-M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	BOUDIN (G.)		
	CONTE (M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)
Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Miles LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

Qu'ils trouvent dans cet ouvrage un faible témoignage
de mon grand amour filial.

A mes frères

A ma soeur

A mon oncle

A mes parents et amis.

A Monsieur le Professeur DEPARIS

Médecin des Hopitaux

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A notre Maître

Monsieur le Docteur Molinier

Ancien Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Médecin-Chef de l'Hôpital de Rambouillet

Qui a bien voulu nous inspirer ce travail
et nous guider de ses conseils précieux dans
sa réalisation.

Qu'il veuille bien accepter la dédicace
toute particulière de cette thèse en témoi-
gnage de notre respectueuse reconnaissance
pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a
réservé dans son service et l'enseignement
que nous avons reçu de lui.

Au personnel hospitalier de l'Hôpital de Rambouillet

En remerciement de sa collaboration
efficace.

INCIDENCES DES PERTURBATIONS
D'EXPLORATION HEPATIQUE
SUR LES CURES DE DESINTOXICATION
ETHYLIQUE

INTRODUCTION

=====

L'alcoolisme reste, à l'heure présente, un grand fléau social.

Avant que les efforts conjugués du législateur et de l'économiste en aient délivré l'humanité, il appartient au Médecin, et pour longtemps encore, d'essayer d'apporter aux malheureux intoxiqués et à leur entourage, la guérison et l'espoir.

Mais, dans cette lutte, ce ne serait guère faire oeuvre utile que de se contenter de constater les méfaits de l'alcoolisme, de vérifier les lésions anatomiques et biologiques qu'il a pu provoquer, d'analyser les réactions psychiques qu'il a pu entraîner et de ne prescrire à la hâte et à la légère, pour satisfaire aux exigences de l'entourage, qu'une vitaminothérapie consolante, la plupart du temps sans effet. "Quand vous connaîtrez les faits scientifiques, disait Trousseau, gardez-vous de vous croire Médecin". L'oeuvre de guérison qui doit être notre premier but nous commande d'aller ici au delà de ces faits. Nous n'y parviendrons que par la mise en oeuvre de facteurs psychologiques et par les cures de désintoxication.

Il faut d'abord comprendre cet alcoolique qui n'est souvent qu'une épave, que l'on rejette d'une façon méprisante, de l'usine, du chantier, de la famille. Il faut le considérer comme un véritable malade, victime de la civilisation et de la société qui l'ont directement ou indirectement incité à trouver dans la boisson la force physique de l'oubli des soucis quotidiens. Il faut rechercher les causes mêmes de son intoxication. Il nous appartient de les faire disparaître, tout en ne perdant pas de vue, qu'elles ont laissé chez l'individu leur empreinte et, qu'à la moindre cause favorisante, cette empreinte sera le point de départ d'une rechute.

Mais, supprimer ces causes ne suffit pas. L'individu ne devra être replacé dans un cadre psychologique rénové, que lorsqu'il aura perdu

l'habitude de la boisson. C'est le propre des cures de désintoxication.

Cette cure, dont le corps médical sourit trop souvent alors que les succès répondent aux espérances, ne doit pas être abordée avec septicisme mais avec foi. Mais, pour la conduire à bien, il convient d'en préciser les modalités et les risques, d'en rechercher les possibilités et les limites.

C'est dans cette recherche que ce travail a puisé son inspiration.

-----O-----

RAISONS ET BUTS DU TRAVAIL

En 1948, trois pharmacologues, HALD, JACOBSON et LERSEN de la Médecine C^o de Copenhague découvrent d'une façon imprévue, au cours d'une expérience personnelle sur la tétraéthylthiuram, la propriété de sensibilisation de ce corps vis-à-vis de l'alcool. Cette découverte d'un produit "protecteur chimique" fait naître un grand espoir qui ne sera que partiellement comblé. Cependant, dès lors, la cure de désintoxication alcoolique se complète, se précise; et au sevrage toujours nécessaire s'ajoute l'apport de cette sensibilisation et du dégoût de l'alcool qu'elle peut provoquer. Les cures se multiplient. Mais, rapidement elles apparaissent sources de dangers et de nombreux auteurs se doivent d'en préciser les techniques, les limites et les indications.

En 1953, THUILLIER, étudiant les C.I. cliniques aux cures de désintoxication, relève en particulier l'âge avancé des malades.

En 1955, JOSSEMAND, REYSS-BRION, dans plusieurs articles insistent surtout sur les C.I. d'origine cardio-vasculaire et pensent aussi que les anomalies neuro-psychiâtriques doivent inciter à la réserve car elles entraînent non pas des accidents alcoolothuiramiques mais un échec de la cure.

DELORE, Mlle GUICHARDIERE, LAMBERT et FONTVIELLE, parlant des troubles neuro-psychiâtriques graves comme C.I., mettent dans ce groupe la comitialité.

Mais par ailleurs, le Docteur ~~DOCO~~ est plus nuancé dans son opinion et écrit que même chez un sujet épileptique, la cure est possible sous certaines conditions.

En 1957, NAYRAC et WAROT citent les C.I. cliniques classiques les groupant en absolues, avec une motion particulière pour les sujets ayant plus de 60 ans par crainte de perturber leur équilibre tensionnel instable, et en relatives, dans lesquelles il fait rentrer les épisodes confuso-oniriques récents.

DANGERS DE LA CURE

Dès 1878, DUBOIS fait un récit détaillé du syndrome de sevrage, Lorsque le malade est privé brusquement de sa ration quotidienne d'alcool, il apparaît fréquemment des manifestations neuro-psychiques pouvant aller jusqu'au Délirium Tremens. Un traitement préventif permet, en général, de les faire avorter ou de diminuer leur intensité mais, parfois, malgré toutes les précautions prises, on voit survenir ce délire, qui reste encore, en dépit des neuroplégiques, d'une haute gravité. La crise de sevrage est le premier danger.

Si le malade passe le cap de la crise de sevrage, il n'est pas à l'abri, au cours des épreuves de conditionnement telles qu'elles sont actuellement pratiquées, du collapsus cardio-vasculaire et du choc dont seraient responsables, la concentration accrue de l'acétaldéhyde du sang consécutive à la neutralisation par le Disulfiram ou le CCC, des enzymes nécessaires à l'oxydation de l'acétaldéhyde, et la réaction vasculaire directe à l'acétaldéhyde : la réaction Disulfiram ou CCC-Alcool constitue le deuxième risque.

Il est à remarquer également que même si les épreuves de conditionnement se passent normalement, les malades restent asthéniques et longtemps trémulants. Bon nombre d'entre eux ont quelque peine à reprendre leur travail rapidement; une convalescence leur est toujours nécessaire. Ceci est peut-être dû au protecteur chimique car la crise d'Antabuse, à trop fortes doses, a pu provoquer des accidents de surdosage décrits par REYSS,

BRION, A. JOSSERAND, J. MARTIN en 1955. Ils se traduisent par de l'asthénie, de la somnolence, un amaigrissement progressif, des céphalées et des vertiges, des troubles de la mémoire pouvant même aboutir à un tableau de confusion mentale asthénique (L.T.J.). C'est là le troisième danger de la cure de désintoxication éthylique.

Enfin, il existe des cas où la cure est vouée à l'échec non par suite du produit employé, mais par suite d'une inhibition éthylique trop importante entraînant des anomalies neuro-psychiâtriques telles, qu'elles s'opposent à toute coopération du malade, nécessaire pour le succès.

CONTRE-INDICATION DES CURES

Ces divers risques obligent à considérer les diverses contre-indications possibles. Jusqu'ici ont été prises en considération, les C.I. cliniques et les C.I. sociales.

Les C.I. cliniques sont celles qui grandissent les risques aux épreuves de conditionnement. Ce sont :

- les cardiopathies valvulaires mal compensées;
- les troubles myocardiques et coronaires;
- l'HTA évolutive et artérioscléreuse;
- l'insuffisance cardio-hépatorenale grave;
- le diabète évolutif;
- les troubles neuro-psychiques notamment la comitialité;
- l'âge avancé.

Les C.I. sociales sont bien connues. Nous n'y insisterons pas. Elles ne constituent pas un risque pour le sevrage, ni pour le conditionnement du réflexe, mais elles sont cause d'échec ultérieur, le malade retombant dans sa passion.

Or, en dehors des cas où les C.I. sont indiscutables, il en est d'autres où l'examen clinique révèle des tares organiques déjà importantes mais paraissant peu évolutives : tel est le cas des hépatomégalies, des hépatosplénomégalies, des polynévrites. N'est-il pas utile, alors, de demander à des examens biologiques des arguments plus objectifs ?

Il est également des insuffisances hépatiques légères ou même graves, déclanchées par l'alcool sont la réalité, comme le dit CAROLI, ne peut être démontrée d'une façon incontestable que par des méthodes d'exploration fonctionnelle du foie.

BUT DU TRAVAIL

Le but de ce travail sera précisément de déterminer :

- 1) Si les perturbations biologiques constituent, par elles-mêmes, une C.I. à la désintoxication alcoolique en favorisant les risques de sevrage ?
- 2) Si les perturbations biologiques constituent, par elles-mêmes, une C.I. à la désintoxication alcoolique en rendant illusoire la sensibilisation et périlleuse les épreuves de conditionnement.
- 3) Si les perturbations biologiques constituent à plus longue échéance une cause d'échec de la désintoxication.
- 4) Si la cure de désintoxication, par l'intermédiaire du produit sensibilisant n'aggrave pas les perturbations biologiques initiales, ou si elle n'entrave pas leur réversibilité.

CHAPITRE I

Matériel d'étude et perturbations biologiques étudiées

Notre étude groupe 100 observations. Certaines d'entre elles n'avaient pas été initialement prévues pour cette étude et ne sont que fragmentaires. De ce fait, nous n'avons pas toujours 100 réponses pour les perturbations des épreuves étudiées.

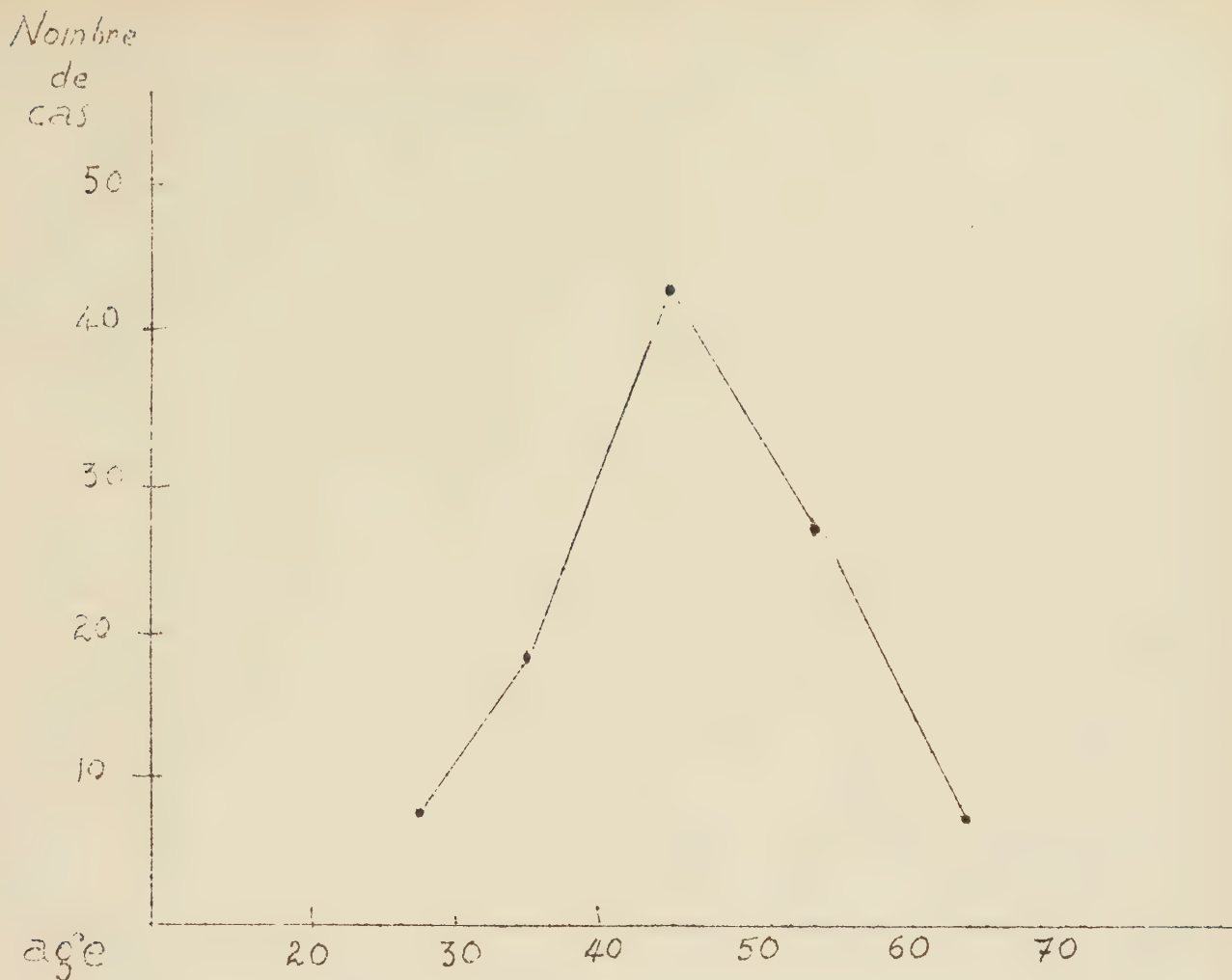
A) Les malades.

Nos malades comportent des ouvriers agricoles, des petits agriculteurs, des employés, des ouvriers d'usine, quelques cadres, des artisans.

Leur âge s'échelonne entre 24 et 67 ans (1 cas). Avant 25 ans, il est rare que le sujet présente des manifestations qui le conduisent au médecin ou commette des excès qui mettent l'entourage dans l'obligation de le faire traiter. Après 60 ans, les contre-indications aux cures de désintoxication deviennent plus fréquentes et les succès beaucoup plus incertains, car on ne change que difficilement les habitudes de la vieillesse.

Comme le fait remarquer la courbe ci-dessous, l'âge habituel du désintoxiqué se situe surtout entre 30 et 60 ans, avec une flèche vers 40 ans (voir courbe), c'est-à-dire à un âge où l'alcoolisme a eu le temps de créer des lésions graves, où l'homme est chargé de famille et où l'individu et souvent l'entourage ont le besoin de tenter un ultime effort.

24 à 29 ans	=	7 Cas
30 à 39 ans	=	18 "
40 à 49 ans	=	43 "
50 à 59 ans	=	26 "
60 et plus	=	6 "



L'étude que nous présentons ne comprend, pratiquement, que des hommes. Nous n'y avons englobé que 3 femmes, non que nous n'ayons point pratiqué de cure de désintoxication chez d'autres femmes, mais leurs observations incomplètes ne permettent pas de déductions. Nous devons reconnaître cependant que la question d'une cure se pose, chez la femme, beaucoup plus rarement que chez l'homme, parce que cette dernière a une pudeur stupide à vouloir avouer son alcoolisme, parce que même malade sa place au foyer est souvent nécessaire, et parce qu'en déduction elle arrive trop tard dans nos services, souvent simplement pour y mourir.

Les manifestations cliniques qui ont motivé la cure sont les plus

diverses. Il est à noter le peu de malades; deux seulement, qui étaient cliniquement asymptomatiques. Il s'agissait de deux cures volontaires chez des malades jeunes. La plupart du temps on relevait chez le même malade plusieurs symptômes. Nous avons groupé dans le tableau ci-joint les manifestations cliniques majeures. Mais ce tableau ne correspond qu'imparfaitement à la vérité. En effet, il ne fait pas mention du tremblement de certains malades, des zoopsies, d'une H.T.A.P., d'une hyperazotémie, d'une spécificité associée, d'une cholécystite, et surtout il ne fait pas mention du degré de l'intoxication.

En effet, à côté de l'hépatomégalie isolée, il y a eu place pour deux cas de cirrhose ascitique que nous avons désintoxiqués après disparition de l'épanchement, ce qui présente un intérêt spéculatif peut-être, mais un intérêt pratique nul.

	(isolée	31 cas	
	) avec tuberculose ou pleurésie	2 "	
	) avec gastrectomie	2 "	
<u>HEPATOMEGALIE</u>	(avec tr. psychiques	3 "	
	(avec polynévrite	5 "	
	(avec polynévrite et délirium	2 "	
	) avec délirium	33 "	)
			(soit 48
<u>DELIRIUM sans</u>	(avec tub. pulmonaire	3	(
<u>hépatomégalie</u>	) avec polynévrite	1	)
	) avec épilepsie isolé	2	(
	isolé	3	)
Troubles psychiques ou caractériels		10	
Polynévrite et troubles caractériels		1	
Polynévrite isolée		1	

En fait, les malades ont souvent été hospitalisés pour d'autres motifs que les manifestations cliniques mentionnées ci-dessus, et notamment par des

infections intercurrentes : état infectieux pulmonaire aigu, ou traumatisme. La suppression de l'alcool, de règle à l'hôpital, a été souvent responsable d'un délirium, d'où l'importance de ces derniers (46 %) dans les manifestations cliniques constatées.

B) Les perturbations biologiques

Il est évident qu'une étude portant sur les troubles biologiques devrait faire état, non de toutes les perturbations actuellement décelables par nos moyens d'investigation, mais des perturbations de chacun des appareils successifs.

En fait, on ne peut dans un travail aborder tous les problèmes simultanément et nous nous sommes simplement préoccupés d'étudier les grandes fonctions hépatiques :

- a) la fonction biliaire par
 - a) Biliribiménie
 - b) Cholestérolémie
- b) la fonction protidique par
 - a) Le dosage des protides circulant et dans certains cas par l'électrophorèse.
 - b) Les réactions usuelles de floculation.
 - c) L'azotémie.
- c) la crasse sanguine par le dosage de la prothrombinémie.
- d) la fonction chromagogue par l'épreuve de la B.S.P.

Il est certain que l'intensité de la perturbation biologique devrait être prise en considération. En fait, dans un travail d'ensemble, nous n'avons pu que considérer des réactions normales et des réactions perturbées. Nous avons

admis pour celles-ci non pas des chiffres limités, mais des chiffres retenus par tous comme pathologiques. C'est ainsi que nous avons considéré comme perturbées :

- les bilirubinémies mesurées par la méthode d'Hyjmans Van den Berg dont le taux est supérieur à 12 mmg.
- les cholestérolémies basses au-dessous de 1gr. 50 et l'effondrement du rapport E/T au-dessous de 0,50.
- la prothrombinémie au-dessous de 80 %.
- la protidémie lorsque la globulinémie dépasse 40gr. lorsque la séri-némie est inférieure à 40gr. et que leur rapport est égal ou inférieur à 1.
- + la réaction de Mac Lagan lorsque l'indice photométrique Vernes est supérieur à 18.
- la B.S.P. lorsque le taux de rétention est supérieur :
 après 15' à 25
 après 45' à 5.

Les tableaux ci-après précisent ces perturbations et, de leur étude, il ressort que les perturbations biologiques sont de règle, que la perturbation de la bilirubinémie est la plus fréquente et, qu'en général, on relève plusieurs perturbations biologiques concomitantes.

TABLEAU : Nombre de perturbations des diverses réactions pratiquées

	<u>réactions pratiquées</u>	<u>réactions perturbées</u>
Bilirubinémie	77	62
Cholestérolémie	84	11
Prothrombinémie	87	25
B.S.P.	58	12
Sér. alb.	94	24
" glob.	94	63
Mac Lagan	88	15
V.S.	68	47
Azotémie	95	14

TABLEAU indiquant le nombre de TESTS PERTURBES chez chacun des intoxiqués

Pas de perturbation	:	4	cas
1 seul test perturbé	:	16	"
2 tests perturbés	:	20	"
3 " "	:	32	"
4 " "	:	17	"
5 " "	:	7	"
6 " "	:	6	"
7 " "	:	1	"

Ces tableaux ne donnent qu'un faible aperçu sur l'état des malades. Ils doivent être confrontés avec les données cliniques. Mais, ils permettent de constater que les perturbations biologiques n'ont pas constitué initialement une contre-indication quelconque à l'essai de désintoxication.

C.) Les motifs de la cure sont, de plus, variables.

Dans la majorité des cas, les malades ont été hospitalisés pour des affections intercurrentes. La découverte des manifestations éthyliques, les aveux de l'entourage du malade ont été nos seuls guides pour proposer une cure.

Il est en effet évident que constater l'éthylisme ne suffit pas. Il faut d'emblée aller plus loin. S'abstenir est tout aussi coupable que l'abstention du médecin qui constate un infiltrat pulmonaire tuberculeux et attend pour tenter de guérir son malade que des lésions cavitaires et étendues aient apparu. Nous éviterions des quantités d'évolutions fatales par cirrhose ou troubles psychiques si la désintoxication était menée à bien, ou tout au moins tentée chaque fois qu'est découvert un intoxiqué.

Nous avons, seulement, pour ces cures exigé l'accord du malade.

Quelques malades sont cependant venus d'eux-mêmes instruits par leur entourage ou dirigés par des mouvements d'entr'aides groupant d'anciens intoxiqués.

---O---

CHAPITRE II

Les observations

Nous avons groupé nos observations en tableaux. Une première série de malades ont été sensibilisés par le Disulfiram. Une deuxième série de malades a pris du Calcium Cabamide Citraté, produit canadien non commercialisé en France, que nous avons pu expérimenter grâce à l'aimable obligeance des Laboratoires Léderley.

-===O===-

- Malades trait

Noms & Ages	Syndrome clinique	Bilirubinémie	cholestérolémie	Protides	Sérine	Globulines	Rapport S/g	Mac Lagan	V. S.
Al. 46	Delirium H+	30	2.96	102	46	56	0.82	10	++
An. 48	S.d. Pulmonaire H+	21	1.30	74	44	30	1.46	4	N
Bo 54	Delirium H=0		1.71	69	33	36	0.91	10	++
Bo 42	O (volontaire)	20	2.60	84	50	34	1.47	12	N
Bou 42	Tremulation H+ Epilepsie ?	18	3.60 $\frac{E}{T}$ 63%	50 → 79	39 → 48	21 → 31	1.35 → 1.60	18	++
Br 39	H=0 - amenie par sa femme	16	1.90	79	45	34	1.32	4	
Ca 44	H+	34 → 9	1.90	100 → 84	44 → 55	56 → 29	0.78 → 1.80	10	
Ca 29	Delirium H+		1.40	79 → 83	35 → 36	44 → 47	0.79 → 0.76	12	
Ch 61	Psychose éthylique		1.92	69	41	28	1.46	14	
Ci 60	Epistaxis H+ BW ++		2.15	102	43	59	0.72	30 → 12	
Co 56	H+ Polyneurite légère	14	2.40	72	42	30	1.40	12	N
Co 58	Delirium H+		2.15	73	43	30	1.43	4	
Da 43	Polyneurite + H++ ♀			96 → 93	37 → 42	59 → 51	0.62 → 0.82	10	++
Da 55	Polyneurite + H+	21	2.05	93	42	51	0.82	8	
Du 67	Arthrose Osseuse H++ Electrophoresis faite	45 → 25	2.10 → 2.25	85 → 75	35 → 32	50 → 43	0.70 → 0.80	36 → 40	
Du 43	Delirium	4.7	1.70	83 → 74	32 → 42	51 → 32	0.62 → 1.31	(	++
Du 60	H+ Envoyé pour cure.		2.42	76	41	35	1.17	12	
Dr 54	Tremulation H++	23	2.40 $\frac{E}{T}$ 68%	60 → 82	34 → 49	26 → 33	1.30 → 1.48	28	N

23 par le Disulfiram.

B. S. P.	Prothrom- binémie	Asotémie	Sensibilisation	Epreuve.	Résultats	Spontanée	Sur demande	Situation Sociale
48.10	98	3g → 0.40	faible	Bonne	Echec		+	Marie
	110	0.55		"		+		Celibataire
33.5	100	.	lente et faible		Echec		+	veuf
10.2	100	0.45	Bonne	Bonne	Succès + (6 mois)			Marie
12.4	100	0.43	assez bonne	"	Trop récent		!	"
	100	0.35	Bonne	"	Indéterminé		+	"
		0.35	"	Choc	Succès		+	"
	100		"	Bonne	"		+	Celibataire
	55	0.38	"		"		+	Marie
	100	1 → 0.50			Echec		+	"
8.8	70	0.30	Bonne	Bonne Aponorphine	Trop récent		+	"
	100	0.38	"	Bonne (choc)	Succès		+	Celibataire
	110	0.25		Bonne	"		+	Marie
24.6		0.25	Bonne	"	"			"
43.59	55 → 48	0.30	2 fois. arrêt Équival pour décompensation de la cirrhose. 2 ^e fois RAS				+	"
8.2	100	0.20	Bonne	Bonne	Succès		+	"
	65	0.26	"	"	Echec		+	"
14.3	90	0.40	"	"	Trop récent		+	"

Noms et Ages	Syndrome clinique	Bilirubinémie	Cholestérolémie	Trotises	Sérine	Globuline	Rapport S/G	Mac Lagan	V.S.
Go 48	Psychon Ethylique Hyperazotémie			71 → 78	21 → 36	49 → 42	0.44 → 0.85	14	
Go 38	Delirium H +		2.42	70	41	29	1.41	8	++
Gu 50	Cirrhose nauséab. Hématémés H +	9.3	2.62	59 → 92.5	26 → 37.5	33 → 55	0.78 → 0.66	40	
Gu 30	Delirium H +		2.70	89 → 78	39 → 43	50 → 35	0.78 → 1.22	6	
Gr 41	Intoxication lég. H +	21	2.30	72	42	30	2.40	11	
Gr 62	Delirium post traumatique H ++	19	2.10	70	47	23	2.04	7	++
Ho 43	Delirium + crises convulsives	18	1.85	66	43	23	1.86	6	
Ja 51	Delirium H + Polyneurite	44 → 16.3	2.70	64	39	25	1.56	8 → 4	++
Ja 47	Delirium		2.27	100	40	60	0.66	8	++
Je 59	H ++ tremblement douleurs abdominales	12	2.15	72	37	35	1.05	19	++
Jo 44	Pleurésie H +			84	44	40	1.01	20	++ → N
Jo 59	Gastrectomie H +	14	2.35	83	53	30	1.76	13	N
Ju 62	Prédelirium H + longue durée	14		88	57	31	1.83	12	
Le 30	Rechute de crises Tr. Caractérisés	14	2.40	66	40	26	1.53	10	N
Le 50	Polyneurite H +	11.7	1.83	67 → 96	31 → 41	36 → 55	0.86 → 0.76	14	++
Le 49	S.d. Pulmonaire H +	11.7	2.60	77	39	38	1.02	18	
Le 40	S.d. Pulmonaire H +	19	2	82	40	42	0.95	8	+
Le 50	Delirium P pulmonaire		1.94	105	48	57	0.84	2	++

tés par le Disulfiram (suite)

B. S. P.	Prothrom- binémie	azotémie	Sensibilisation	Epreuves	Résultats	Spontané	Sur demande	Situation Sociale
	100	29 → 0.32	Bonne	Bonne	Succès		+	Célibataire
	100	0.30	"	"	Indéterminé		+	Marie
	100	0.38	"	Choc	Echec		+	Célibataire
	108	1.5 → 0.39	"		"		+	Célibataire
37 - 5	70	0.35	"	Bonne	Trop récent		+	Marie
		0.40	"	"	"		+	Célibataire
26 - 4	100	0.66	faible		Echec		+	Marie
		0.28	Bonne	"	Indéterminé		+	"
	100	0.26	"		Indéterminé		+	Célibataire
20 - 4	90	0.38	"	assez bonne	Trop récent		+	"
12 - 2	60	0.44	"	Bonne	Succès		+	"
	100	0.35	"	Bonne (Choc)	"	+		Marie
23 - 6	65	0.35	"	Choc	Indéterminé		+	Célibataire
	90	0.40	faible - Anormo- phnie	Bonne	Trop récent		+	Marie
		0.30	faible	"	Echec		+	"
	90	0.45	Bonne	"	Succès		+	Célibataire
12 - 1	100	0.45	"	Choc	Indéterminé		+	"
		0.52	"	Bonne	Indéterminé		+	"

Noms et Ages	Syndrome clinique	Bilirubinémie	Cholestérolémie	Protéides	Sérine	Globuline	Rapport S./G	Mac Lagan	V.S.
Le 48	H + HTA		2.50	84	46	38	1.21	14	
Le 34	S.d. Pulmonaire H + +		1.85	89 → 98	23 → 39	66 → 59	0.34 → 0.66	6	+++
Le 52	Délirium H +								
Le 46	Délirium H + +		2	71	39	32	1.21		+++
Le 52	S.d. Pulmonaire H +	14							++
Lo 33	Cure après Prédélirium post. traumatique H = 0	7	2	72	40	32	1.25	16	
Ma 25	Pré délirium H = 0	23		93	39	54	0.72		++
Ma 47	Délirium H +	5		87	41	46	0.89		++
Ma 47									+
Mo 54	Prédélirium post grippe H +	16	1.95	72	42	30	1.40	13	+++
Pa 53	Délirium	16	2.35	75	42	33	1.30	12	++
Pe 50	S.d. Pulmonaire H +			85	53	32	1.65	18	++
Pe 44	U. Caractérisé	27 → 11						6	++
mmP. 47	Polynévrite + + Prédélirium		2.20	95	53	42	1.20		
Pi 47	U. Pulmonaire H +	26 → 9	2.35	73	42	31	1.23	6	+ → N
Ra 43	Délirium H +	14	1.65	67	32	35	0.91	4	+++
Re 56	Psychose aiguë H = 0		2.30	e					
Sa 49	Délirium H +	11.7	2.55	77	33	44	0.72	22	+++

par le Disulfiram (suite)

B. S. P.	Prothromb. niveau	Asotémie	Sensibilisation	Epreuves	Résultats	Spontanée	Sur demande	Situation sociale
	70	0.40	Bonne	Bonne	Echec		+	Marie
	115	0.32	"	"	Indéterminé			Célibataire
		0.38	"	"	"			Marie
	68 → 112	0.42	"	"	Succès		+	Divorci
12 - 2		0.45	"	"	"		+	Célibataire
	90				Indéterminé			Marie
20 - 5		0.40	Bonne	Bonne	Succès			"
	95	0.40	"	"	Echec		+	Célibataire
		0.30			Indéterminé			
8 - 2	65	0.38			Prop récent		+	Marie
	80	0.25			"		+	Marie
		0.55			Indéterminé			Célibataire
	105	0.6 → 0.5	Bonne	Bonne	Succès		+	Marie
	94	0.30			"			"
18 - 3	65	0.30	Bonne	Bonne	Indéterminé		+	"
	100	0.25	"	"	"		+	"
9,5 - 2.5		0.45			"		+	"
	55	0.40	Bonne	Bonne	Succès		+	"

Malades traités

Noms et âges	Syndrome clinique	Asiluribi- némie	Cholestéro- lémie	Trochides	Sérine	Globuline	Rapports S/G	Mac Lagan	V. S.
Sc 34									
Ta 44	Tn. nerveux H +		1.10	76	49	27	1.81	4	N
Te 51	Cholécystite et Ire cirrhose	16.3	2.07	81	45	36	1.25		
Th 34	Delirium et Epilepsie			68	30	38	0.78	10	+++
To 49	Delirium H +			71	42	29	1.44		
To 46	Pneumonie Delirium	18.7		93	48	45	1.06	10	++
Va 44	Tremblement H++ Polyneurite	16	2.10	80	50	30	1.60	11	N
Va 43		7		73	46	27	1.70		
Wi 55		16	2.20	81	39	42	0.93	20	++
Yhu	Delirium H +	16	2.5	82	44	38	1.16	30	++
Ze 35	Rechute de Cure Polyneurite Tn caractérisée	16	1.9	77	47	30	1.56	8	N

tes par le Disulfiram (suite)

B. S. P.	Prothrom- binémie	azotémie	Sensibilisation	Epreuves	Résultats	Spontanée	Sur demande	Situation Sociale
11-3	100	0.5			Indéterminé	+		Célibataire
11-2.5	100.	0.25	Bonne	Bonne parfois choc	Succès		+	Marié
					Indéterminé		+	Célibataire
	100	0.26 → 0.3	Bonne	Bonne	Succès		+	"
	95.	0.45	"	"	"		+	Marié
	100	0.6 → 0.42	"	"	"		+	"
12-3	100	0.42	Bonne	choc: Equivalant épileptique	Prop récent		+	Célibataire
30-6	80				Indéterminé			Marié
16-3	75	0.25			Prop récent		+	Célibataire
6-1	80	0.35	faible		"		+	Marié SDF
12-3	90	0.45	Bonne	Bonne	"		+	Célibataire

Malades traités

Noms et âges	Syndrome clinique	Biliré- binémie	Cholesté- rolémie	Trotides	Sérines	globuline	Rapport S/G	Mac Lagan	V.S.	C.S.P.
Al 52	Crises d'agitation	16 → 16	2.48	79	45	34	1.32	10	++	15.6
Ar	Délirium H+	16	2.25	66	40	26	1.53	4	N	
Bo 25		9	2.07	87	52	35	1.48	12.		5.1
Br 32	Délirium H+	14	1.85	79	45	34	1.30	15	N	7.2
Br 30	Délirium H+	20	2.60	72	42	30	1.40	9	++	10.3
Ca 43	Prédélirium	14 → 18	2.50 → 2.30	83 → 84	48 → 51	35 → 33	1.37 → 1.5	6 → 18	++	4-9.5
Ca 40	Délirium H+	9	1.78	77	44	33	1.33	15	++	5.2
Ch. 52	Délirium H+	37	1.35	71	42	29	1.44	8		23.4
Ch. 49	Délirium H+	23 → 12	2.35	71	45	26	1.73	4	++	15.5
Co 50		9	2.60	77	50	27	1.85	6	N +	23.6
Co 41	Délirium H+ troubles psychiques	14	2.30	72	45	27	1.66	6	++	8.2
Da 30		7	2.20	79	50	29	1.72	27		8.1
Da 39	H+	4	1.30	88	54	34	1.58	10	N	10.2
De 28	H+	4	1.90	74	34	40	0.85	12	N	10.3
Du 29	H+ déséquilibre psychique	9.3	1.95	79	50	29	1.72	8	N	5.1
Du 42	Prédélirium H+	14 → 18	2.45	80 → 84	46 → 49	34 → 35	1.35 → 1.40	18 → 20	+++	23.13
Du 46	Délirium H+	16		72	30	42	0.71	6		
Go 47	Prédélirium H=0	23 → 14	2.10	74	43	31	1.38	19	N	19.4

par le C.C.C.-

Prothésisme nécessaire	Exposition	Sensibilisation	Epreuves	Résultats	Spontané	Sur demande	Situation Sociale
100	0.30	Bonne	Bonne	Succès		+	Marie
100	0.70	"	"	"		+	"
90	0.38	"	"	"	+		Celibataire
70	0.45	"	"	"	+		Marie
65	0.40	"	"	Indéterminé		+	"
100	0.38	"	"	"		+	"
80	0.50	"	"	Succès		+	"
55	0.35	"	"	"		+	Divorcé
80	0.35	Pas de sensibilisation au Temporel Espéral +	"	"	+		Marie
80	0.35	Bonne	"	Indéterminé	+		Celibataire
100	0.38	"	"	Succès	+		Marie
100	0.25	"	"	"	+		"
65	0.30	"	"		+		Celibataire
80	0.52	"	"				Marie
65	0.38	"	"	Succès Rachetés			Celibataire
100 → 80	0.20	"	"	Indéterminé			Décédé
100 → 70	0.46 → 0.40	"	"	Succès			Marie
50 → 70	0.35	"	"				Celibataire

Noms et Ages	Syndrome clinique	Bilirubinémie	cholestérolémie	Protides	Serine	glucose	Rapports S/G	Mac Lagan	V.S
Le 32	Delirium H +	11	2,23	83	48	35	1.37	6	+
Le 37	Delirium H +	14	2,30	85	55	30	1,83	10	+
Le 24	H = 0 Neurite +	18	2.5	77	45	32	1.40	15	N
Le 30	Delirium - fulminant pulmonaire	14	2.65	84	40	44	0.93	21	++
Ma 38	Delirium H +	5	2.48	92	55	37	1.48	21	
Ma 45	H + Tremblement + gastrectomie	16	2,35	67	44	23	1.91	4	++
Ma 47	Delirium H +	7 → 18	1.62	95 → 69	48 → 34	47 → 35	1.02	10 → 21	+++
Mo 33	Delirium H +	18	2.5	78	45	33	1.37	19	N
My	Delirium	11	1.70	75	32	43	0.74	4	
Nu 27	Polynévrite + Tremulation +	21	2.15	85	50	35	1.42	8	N
Pe 45	Pre-delirium H +	7	1.95	92	55	37	1.48	14	++
Pe 42	Pre-delirium glycémie paroxysm	14 → 12	2.45	73	41	32	1.28	10	++
Pi 51	Delirium H +	28 → 14	1.68 → 2.15	68 → 85	40 → 50	28 → 35	1.42 → 1.42	12 → 14	++
Pi 53	Delirium H +	14 → 16	2.10	81	48	33	1.45	6 → 8	+++
Ra 35	Crises d'agitation	35	2.75	77	42	35	1.20	24	N
Ro 48	H +	7 → 12	1.57	74	44 → 45	30 → 35	1.46 → 1.28	15 → 19	N
Za 58	Delirium HTA +	14 - 9	2.10	89	47	42	1.10	19 → 12	

artés par le C. C. C. (suite)

B. S. P.	Prothrom- binémie	Azotémie	Sensibilisation	Epreuves	Résultats	Spontanée	Sur demande	Situation Sociale
4.2	60	0.50	Bonne	Bonne	Succès		+	Célibataire
6.1	100	0.45	"	"	"		+	Marié
7.2	90	0.30	Intolérance à l'espéral. temporaire	"	Prop récent	+		"
	55	0.30	Bonne	"	"		+	"
6.2	75	0.38	"	"	Succès		+	veuf
10.2	80	0.16	"	"	Prop récent		+	Marié
24.8	50	0.55	"	"	Succès		+	"
13.4	100	0.30	"	"	Prop récent		+	"
13.3	60	0.45	"	"	Echec		+	"
14.6	90	0.25	Bonne. Intolérance à l'Espéral → fr. degré	"	Succès		+	"
12.3	50	0.35	Bonne	assez bonne	Indéterminé			Célibataire
10.3	100	0.32	"	Bonne	Succès	+		"
6.2	100	0.35 → 0.25	"	"	Succès		+	Marié
16.4	100	0.95 → 0.46	"	"	Echec		+	"
6.2	90	0.30	"	"	Indéterminé		+	Célibataire
3.4	50 → 80	0.37	"	"	"		+	veuf
	100 → 80	0.45	"	"	Succès		+	Célibataire

CHAPITRE III

LES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES constituent-elles une C.I. en augmentant les RISQUES DE SEVRAGE.-

Toute perturbation biologique traduit un déséquilibre humoral. Or nous savons que le sevrage par lui-même entraîne également un déséquilibre biologique, sur la nature duquel tous les auteurs ne sont pas, du reste encore d'accord. L'expression majeure de ce déséquilibre est réalisée au cours de la crise de délirium plus particulièrement où il se traduit par des perturbations électrolytiques avec acidose.

Nous savons, par ailleurs que sinon le C.C.C. du moins le disulfiram est facteur d'acidose. Ainsi donc il semble que l'on doive redouter chez un sujet, d'une part, l'action du sevrage lui-même, d'autre part, l'action du produit sensibilisant.

En fait, l'action de ces données n'a pas à être prise en considération puisque le sevrage précède la sensibilisation et puisque la sensibilisation n'est pratiquée qu'autant qu'on ne craint plus les risques de sevrage. Effectivement, la prise de disulfiram ou de C.C.C. n'a jamais produit d'accidents nouveaux.

Il reste bien évident que ce serait une erreur grave que de vouloir commencer la cure par la prise directe de disulfiram si le sevrage n'a pas encore eu lieu. Les accidents que nous déclancherions seraient dus, dans ce cas, à une faute technique et non à la cure elle-même.

Mais le sevrage par lui-même nous a donné maints accidents représentés par des déliriums vrais, des prédiliriums, des crises d'agitation qui ont pu être rapidement jugulées par des neuroplégiques.

Le rôle des perturbations biologiques dans leur déterminisme se déduit de la lecture de nos observations. Nous notons en effet des accidents de sevrage chez :

3 malades ayant 0 épreuve perturbée					
3	"	"	1	"	"
9	"	"	2	"	"
18	"	"	3	"	"
12	"	"	4	"	"
5	"	"	5	"	"
1	"	"	6	"	"
1	"	"	7	"	"

Si nous décomposons les différentes réactions perturbées chez ceux ayant présenté des accidents de sevrage, nous relevons :

Hyperbilirubinémie	32	cas
Elevation de Mac Lagan	10	cas
Hyperglobulinémie	38	"
Hypersérinémie	10	"
Perturbation de cholestérolémie	9	"
" " la B.S.P.	7	"
Modification de la V.S.	32	"
Abaissement de la prothrombinémie	14	"
Elevation de l'azotémie	8	"

De ceci, il semblerait logique de déduire que le nombre des réactions perturbées est sans intérêt mais que, par contre, les perturbations des globulines et, également, celles de la bilirubinémie et de la V.S. doivent faire craindre la survenue d'accidents de sevrage.

Mais si parallèlement nous étudions les perturbations biologiques chez les sujets qui ont supporté allègrement le sevrage, nous constatons :

2 malades ont 0 épreuves perturbées

11	"	"	1	"	"
13	"	"	2	"	"
14	"	"	3	"	"
4	"	"	4	"	"
2	"	"	5	"	"
2	"	"	6	"	"

En outre, chez ces mêmes malades, si l'on analyse les différentes réactions perturbées, on remarque qu'il existe :

une augmentation de la	Bilirubinémie	:	27	fois
" de	Mac Lagan	:	9	"
" de la	Globulinémie	:	28	"
une diminution de la	Sérinémie	:	11	"
des perturbations de	Cholestérolémie	:	6	"
" de la	B.S.P.	:	5	"
une accélération de la	V.S.	:	14	"
un abaissement de la	Prothrombinémie	:	11	"
une élévation de l'	Azotémie	:	6	"

De ceci, il résulte que chez les intoxiqués ayant très bien supporté le sevrage, les perturbations de la bilirubinémie et de la protidémie étaient également de beaucoup les plus fréquentes.

Ainsi, la comparaison de ces deux groupes de malades, c'est-à-dire de ceux ayant présenté un accident de sevrage d'une part, et de ceux n'ayant pas présenté d'accidents d'autre part, il ressort que ni le nombre ni la nature des perturbations biologiques d'exploration hépatique enregistrées n'ont été un facteur favorisant des accidents et qu'ainsi elles ne constituent pas une contre-indication de la cure.

====O====

CHAPITRE IV

LES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES constituent-elles un obstacle à la SENSIBILISATION, un facteur d'intolérance au produit sensibilisant ou une cause-échec au dégoût de l'alcool ?

1) On peut se demander si une déficience hépatique qui s'extériorise par des perturbations biologiques importantes ne va pas nuire à la sensibilisation de l'individu, si elle ne va pas créer une " **ANERGIE** " chimique qui s'opposerait de ce fait au but poursuivi.

On peut se demander également si ces perturbations hépatiques ne vont pas être cause d'intolérance au produit sensibilisant, obligeant dans ce cas à une désintoxication purement psychique telle qu'elle est réalisée sans le concours du Disulfiram.

On peut se demander enfin si le sentiment de dégoût pour l'alcool qui est recherché dans les cures de conditionnement aura des chances de se créer lorsqu'il existe des perturbations hépatiques entraînant des perturbations biologiques.

L'étude de nos observations nous révèle que un malade seulement a échappé à la sensibilisation par le Disulfiram encore qu'il ait pu être sensibilisé par le C.C.C. Or, ce malade présentait une perturbation de sa bilirubinémie et de sa V.S.

Par contre, chez tous les autres malades qui se sont normalement sensibilisés, nous avons retrouvé, et plus encore, les mêmes perturbations biologiques et elles n'ont nullement entravé cette sensibilisation.

On peut donc conclure que les perturbations biologiques quelles qu'elles soient n'amenuisent en rien les possibilités de sensibilisation du sujet.

II) L'étude de nos observations nous montre encore la rareté de l'intolérance au Disulfiram puisque nous n'en relevons que 3 cas. Par contre, nous n'avons relevé aucun cas d'intolérance au C.C.C.

De l'étude de ces trois cas, il ressort qu'il existe dans deux cas une perturbation de la bilirubinémie et de la globulinémie, ou absence totale de perturbations biologiques dans le troisième cas. Ce dernier cas seul, nous montre bien que l'intolérance ne peut être même suspectée par les perturbations biologiques du sujet.

Du reste les sujets qui ont très bien toléré les produits sensibilisants présentent eux aussi et plus encore des perturbations biologiques similaires dans une proportion beaucoup plus importante puisque nous trouvons chez ces malades, comme nous l'avons dit plus haut :

4 malades ayant			0 perturbation	
16	"	"	1	"
18	"	"	2	"
32	"	"	3	"
17	"	"	4	"
7	"	"	5	"
6	"	"	6	"
1	"	"	7	"

On peut donc conclure ici encore que les perturbations biologiques ne sont pas un facteur favorisant de l'intolérance au produit employé.

III) Le dégoût de l'alcool est l'élément favorable recherché dans toute cure de désintoxication. On le fait apparaître en faisant vomir les malades, lors des cures de conditionnement.

Il est certain que nos malades ont été nettement différents devant l'apparition de ce dégoût. Certains l'ont avoué d'emblée, avant même d'avoir

vomi, sans que nous soyons certains que ce dégoût soit réel. Il faut compter sur la réaction psychologique du sujet qui n'ose pas toujours dire la vérité franche. D'autres ont avoué ne pas le connaître et être prêt à reboire du vin même après le vomissement. La part de vérité de ces dernières allégations est également sujette à caution. Il faut là encore tenir compte de l'esprit de fanfaronnade de certains.

Mais il est incontestable que le dégoût a été peu marqué chez certains. Nous n'avons pas essayé de l'analyser dans toutes nos observations, car rapidement il est apparu évident qu'il n'y avait aucune relation entre ce dégoût et le degré de sensibilisation de l'individu, ni avec ses perturbations biologiques. C'est ainsi qu'au cours d'une de nos cures nous avons vu un malade, indemne de toutes perturbations biologiques, conserver le désir du vin.

Ainsi les perturbations biologiques ne peuvent être considérées comme un obstacle à la création du sentiment de dégoût vis-à-vis de l'alcool.

===O===

CHAPITRE V

LES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES constituent-elles une C.I. aux cures de désintoxication en aggravant les RISQUES des EPREUVES de conditionnement ?

Ce problème est un des plus importants à considérer. La cure de désintoxication a été réalisée dans nos observations par l'absorption de vin, dans presque tous les cas. Dans chaque cas, une réaction immédiate se manifeste, se traduisant dans sa forme complète par la cyanose du visage, des nausées, un vomissement, des sueurs, une chute tensionnelle et l'accélération du pouls. Signalons que les chutes tensionnelles et la tachycardie sont presque absentes lorsque l'on utilise le C.C.C. Or, ce sont précisément cette chute tensionnelle et cette tachycardie, dont le stade extrême est représenté par le collapsus cardio-vasculaire, qui représente le risque de cette épreuve. De ce fait, nous concevons que ce risque sera moindre chez les sujets ayant été sensibilisés par le Disulfiram.

Le risque de ce collapsus n'est pas à minimiser. Il a été tel dans un cas que nous avons cru perdre le malade. Des cas de mort ont été signalés.

Si l'ampleur des perturbations biologiques est un facteur d'aggravation de ce risque, ces perturbations devront incontestablement être considérées comme une C.I. à la cure, ou tout au moins aux épreuves de constitution du réflexe. Ceci nous a incité à une étude attentive.

I - FAITS RELEVES

L'observation des réactions aux épreuves de conditionnement chez 100 de nos malades nous a permis de relever huit fois des chocs graves. Dans l'ensemble, le malade qui présente un choc à une épreuve, en présente aux épreuves suivantes, tout comme si l'individu était sensibilisé au choc. En raison de l'évidence de ces réactions, le Disulfiram a dû être supprimé à

trois malades, mais deux d'entre eux ont supporté le C.C.C. et les réactions de conditionnement ultérieures qui, avec le C.C.C. ne donnent pas de phénomènes vasculaires.

Nous n'avons pas considéré comme choc, la simple congestion de visage indispensable dans toutes épreuves, ni les vomissements en principe nécessaires pour créer le dégoût de l'alcool, ni les faibles chutes tensionnelles de 2 à 3 cm de Hg.

Nous n'avons retenu que les cas où la chute tensionnelle a été considérable, la T.A. et le pouls devenant imprenable et où cet état devenait inquiétant au point de faire craindre un accident.

Or, ces quelques rares cas s'inscrivent de la façon suivante :

Malades avec 0 perturbation biologique	:	1 cas
" " 1 " "	:	3 "
" " 2 " "	:	1 "
" " 3 " "	:	2 "
" " 4 " "	:	1 "

a) De ce tableau, il ressort que les chocs sont apparemment plus fréquents, lorsque le malade présente des perturbations biologiques.

En fait, ce n'est là qu'une apparence, il faut tenir compte en effet, que les malades traités présentaient des perturbations biologiques dans la proportion de 97 % et il est donc logique de trouver plus de chocs dans ce groupe que dans celui des sujets absolument sains.

b) Si nous considérons la PLURALITE des réactions biologiques perturbées, nous constatons également que c'est dans le groupe des malades ayant 1 ou 2 ou 3 réactions biologiques perturbées que s'inscrivent les chocs, mais ce sont aussi ces malades qui sont les plus nombreux dans notre statistique.

Par contre, des malades présentant 5, 6 ou 7 perturbations ont tous supporté, sans dommage, les épreuves à l'alcool.

c) Si nous considérons, enfin, la NATURE de la perturbation biologique chez ces malades ayant présenté des chocs, nous relevons :

Perturbation de la bilirubinémie	: 5 cas
" globulinémie	: 4 cas
" sérinémie	: 1 cas
" Mac Lagan	: 1 cas
" B.S.P.	: 1 cas
" Prothrombinémie	: 1 cas
" V.S.	: 1 cas
" cholestérolémie	: 1 cas

Il semblerait donc là encore que ce soit au cours des perturbations de la fonction biliaire et de la fonction protidique que les chocs soient les plus fréquents, mais tout comme nous l'avons longuement signalé, il faut tenir compte du fait que ce sont les réactions les plus habituellement perturbées dans la plupart de nos cas.

d) Il resterait à considérer encore l'INTENSITE de la perturbation biologique. La perturbation de la bilirubinémie n'a jamais été excessive, son taux sanguin se situe aux environs de 18 mg. Les perturbations protidiques n'ont jamais également atteint des chiffres excessifs, le chiffre maximum d'hyperglobulinémie que nous avons enregistré a été de 55 g. et celui du cholestérol était de 1 gr. 40 dans le seul cas cité.

II - CONCLUSION

Ainsi, il apparaît d'une façon évidente que les perturbations biologiques hépatiques, bien que observées dans tous les cas où est survenu un

choc dans l'épreuve de conditionnement, ne constituent pas, néanmoins, un facteur favorisant à l'apparition de ce choc et ne constituent pas de ce fait une C.I. à la cure de désintoxication.



Malades traités par le Disulfiram

- Résultats des Cures -

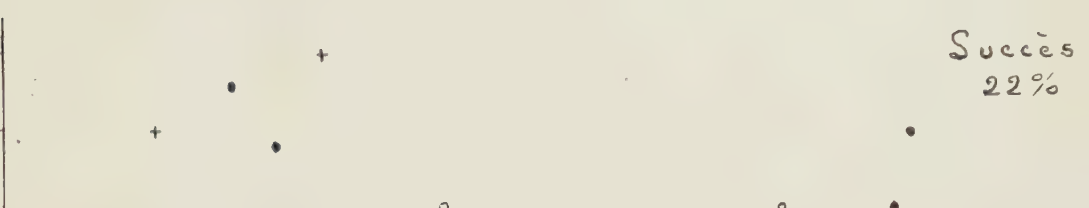
Mac Lagan

9 cas

Succès 2
Indeterminé 5
Echec 2

Zone
pathologique

40
30
20



Succès
22%

Succès 14
Indeterminé 22
Echec 8

Zone
normale

10
0



Succès
31%

44 cas

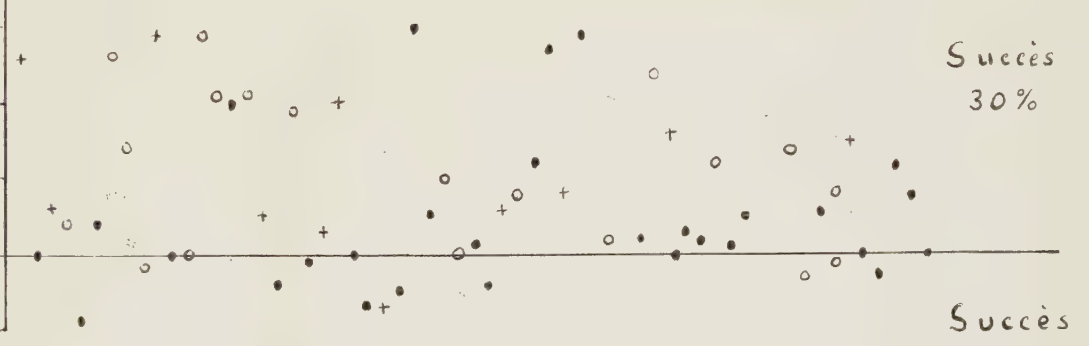
Globulines

40 cas

Succès 14
Indeterminé 16
Echec 10

Zone Pathologique

60
50
40
30
20



Succès
30%

Succès 5
Indeterminé 13
Echec 1

Zone
normale

20



Succès
28,25%

19 cas

Sérines

38 cas

Succès 10
Indeterminé 21
Echec 7

Zone normale

60
50
40

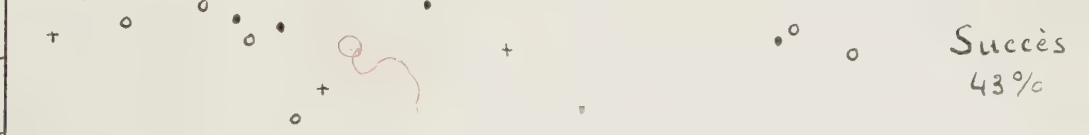


Succès
25%

Succès 9
Indeterminé 8
Echec 4

Zone
Pathologique

30
20



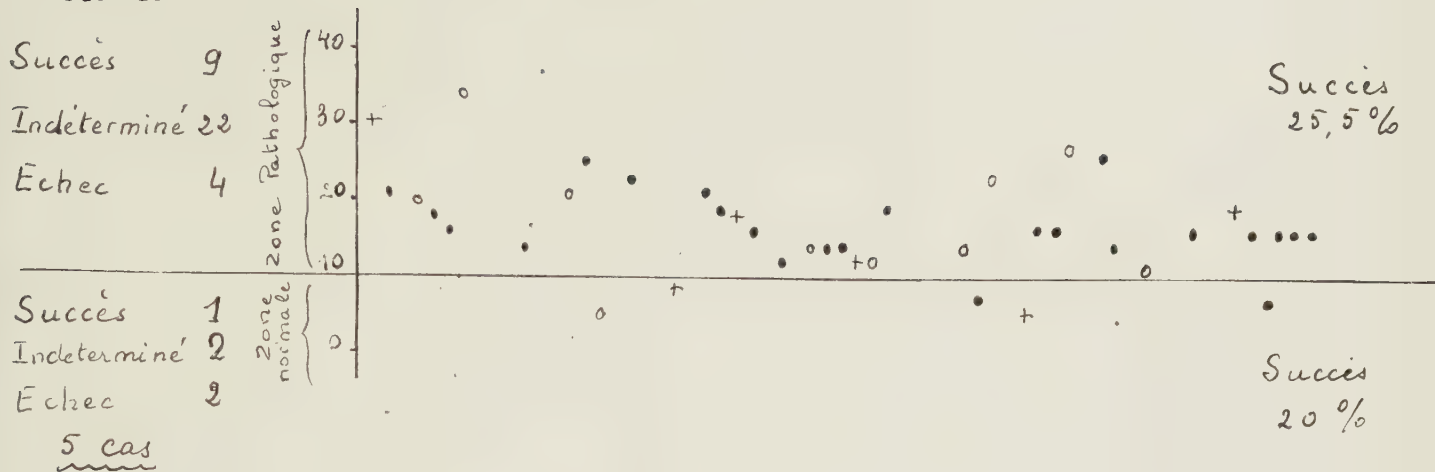
Succès
43%

21 cas

- Résultats des Cures (Suite) -

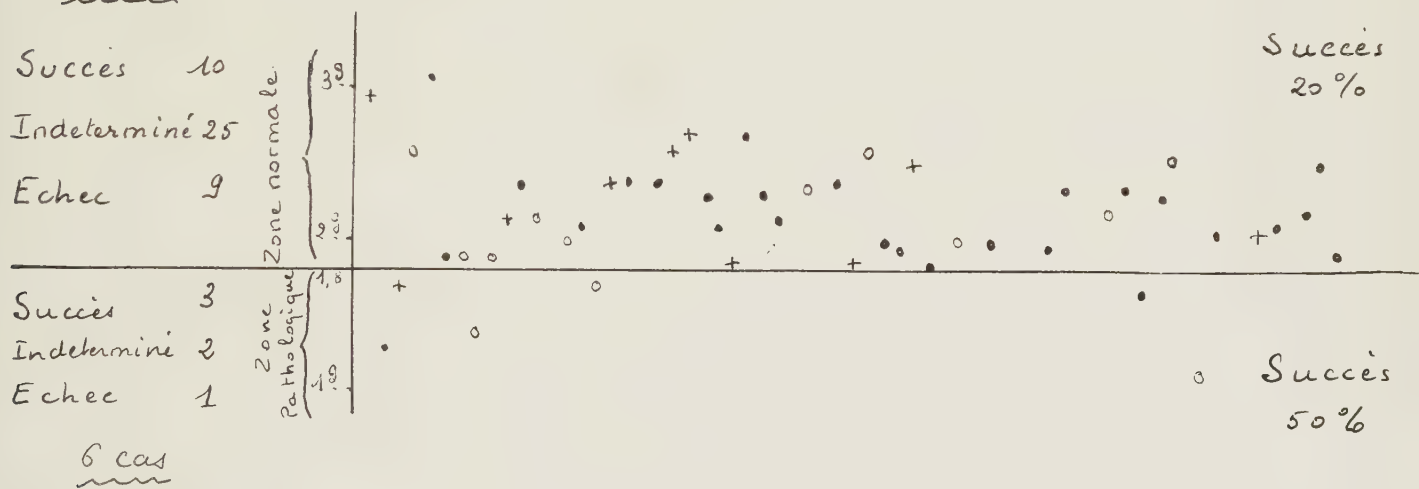
Bilirubinémie

35 cas



Cholestérolémie

44 cas



Traitement par le Disulfiram - Les résultats des cures sont étudiés pour chaque examen biologique

- o Succès
- Indeterminé
- + Echec

Malades traités par le C.C.C.

- Résultats des Cures -

Mac Lagan

6 cas

Succès 2
Indéterminé 4
Echec 0

Zone Pathologique

40
30
20

Succès
33%

Succès 18
Indéterminé 9
Echec 2

Zone normale

10
0

Succès
62%

29 cas

Globulines

23 cas

Succès 12
Indéterminé 9
Echec 2

Zone pathologique

60
50
40
30

Succès
52%

Succès 8
Indéterminé 4
Echec 0

Zone normale

20

Succès
66%

12 cas

Sérines

32 cas

Succès 18
Indéterminé 13
Echec 1

Zone normale

60
50
40

Succès
56%

Succès 2
Echec 1

Zone Pathologique

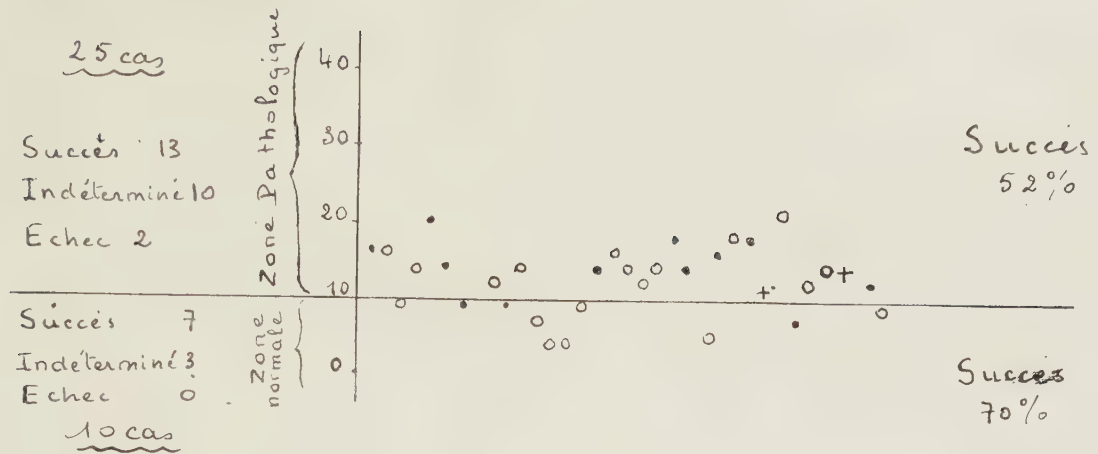
30
20

Succès
65%

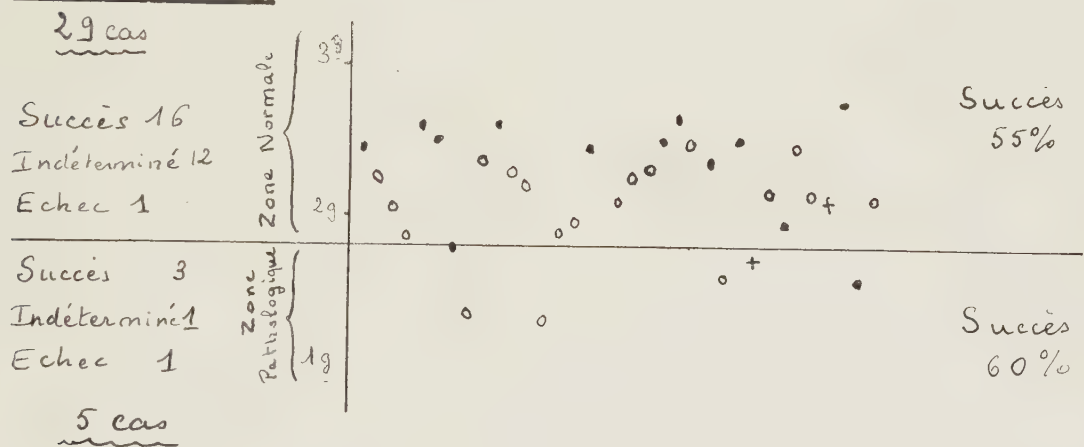
3 cas

- Résultats des Cures (suite) -

Bilirubinémie



Cholestérolémie



Traitement par le C.C.C - Les résultats des cures sont étudiés pour chaque examen biologique

- o Succès
- Indéterminé
- + Echec

CHAPITRE VI

LES PERTURBATIONS BIOLOGIQUES CONSTITUENT-ELLES UNE CAUSE D'ECHEC DES CURES ?

Nous avons considéré comme succès de nos cures la guérison apparente de la toxicomanie après trois mois. Certes ce délai est bien trop bref pour parler de guérison vraie ; on sait d'autre part, même chez les sujets sevrés de longue date, la fréquence des rechutes qui doivent faire assimiler l'alcoolisme à une maladie à rechute qu'il ne faut point se lasser de traiter pour autant, tout comme on le ferait pour une rechute de tuberculose pulmonaire ou de syphilis.

Plusieurs de nos observations ont un recul de plus d'un an, mais certaines n'ont encore qu'un recul de 3, 4 ou 5 mois. Si nous considérons qu'on peut parler de succès, c'est parce que, habituellement, lorsque le malade abandonné à lui-même n'a pas ressombré dans la boisson durant ce délai, il a toutes les chances de persévérer dans l'abstinence pour peu qu'un soutien psychothérapique intermittent vienne l'aider. Les cas qui n'ont que trois mois de recul concernent, d'autre part, un nombre de malades qui ont été, pour la plupart, volontaires d'eux-mêmes, à la cure de désintoxication et qui ont le soutien familial. Nous savons depuis longtemps que ce sont là les cas les plus favorables.

LES FAITS CONSTATES

Pour apprécier l'interférence des perturbations biologiques sur le succès ou l'échec des cures, nous devons synthétiser les données de nos observations (tableau v.p.)

Nous y relevons que le résultat des 100 cures de désintoxication peuvent se décomposer ainsi :

succès : 43 cas

échecs : 13 cas

trop récents : 16 cas

indéterminés : 27 cas

Or, si nous analysons respectivement succès et échecs, certaines constatations se dégagent :

1) EN CE QUI CONCERNE LES ECHECS

A) Les échecs s'observent chez les sujets présentant dans tous les cas les perturbations biologiques. Nous n'enregistrons aucun échec parmi les trois malades non perturbés biologiquement.

Il est certain que ce n'est là qu'une statistique imparfaite puisque nous ne pouvons pas tenir compte des cas trop récents et surtout des cas indéterminés. Il s'agit, en l'occurrence, pour ces derniers, de sujets qui n'ont pas répondu à nos convocations. Il est à prévoir que la plupart d'entre eux doivent se situer dans les échecs mais quelques uns cependant s'inscrivent dans les succès.

Si nous analysons ces cas indéterminés, nous constatons que tous également présentent des perturbations biologiques.

Notons, cependant, que dans quelques-uns de ces cas indéterminés, on ne relevait que des perturbations biologiques à la limite de la normale.

B) Les perturbations biologiques observées dans les cas d'échecs comportent :

Perturbations de la cholestérolémie :	6 cas
" V.S. :	14 cas
Prothrombinémie :	12 cas
azotémie :	5 cas
B.S.P. :	2 cas

C) Parmi les malades dont la cure a été un succès, il existe :

2 malades présentant 0 perturbation biologique, soit	5 %
6 " " 1 " "	14 %
12 " " 2 " "	28,5 %
13 " " 3 " "	30 %
8 " " 4 " "	19 %
0 " " 5 " "	0 %
1 " " 6 " "	2,5 %
1 " " 7 " "	2,5 %

Déductions tirées des constatations précédentes :

a) des constatations relevées ci-dessus, il ressort que dans les cas d'échecs, les perturbations biologiques les plus fréquentes sont les perturbations des globulines. Mais dans les cas de succès, ce sont également les modifications des globulines qui sont plus souvent notées. Cette perturbation ne peut donc être retenue au profit ni des échecs ni des succès.

b) si. nous considérons le nombre de perturbations enregistrées, nous constatons également :

	<u>Echec</u>	<u>Succès</u>
0 perturbation biologique	0 %	5 %
1 " "	0 %	14 %
2 " "	30 %	28,5 %
3 " "	23 %	30 %
4 " "	30 %	19 %

		<u>Echec</u>	<u>Succès</u>
5 perturbations biologiques		15 %	0 %
6	"	0 %	2,5 %
7	"	0 %	2,5 %

c'est dire que le pourcentage des réactions perturbées est à peu près similaire en cas de succès et en cas d'échecs.

Par conséquent, le nombre des réactions perturbées, ni leur nature ne peut s'inscrire à l'actif ou au passif des succès ou des échecs. Cependant, si nous considérons le nombre absolu des échecs et des succès, dans les rares cas où les malades n'ont pas présenté de perturbation ou une seule perturbation, la guérison a été la règle.

c) Il faut signaler enfin que la cure par le Disulfiram ou le C.C.C. ne constitue qu'un des éléments de la désintoxication et que la psychothérapie complémentaire et prolongée a une part importante dans le processus de guérison. Peut-être est-ce pour l'avoir partiellement méconnu, parce que cette psychotérapie est difficile à réaliser, que nous avons enregistré un nombre relativement important d'échecs.

CONCLUSION

Aussi donc, il apparaît nettement que ni le nombre, ni la nature, ni l'intensité des perturbations biologiques d'exploration hépatique constatées ne constitue un facteur défavorable à la guérison définitive de l'alcoolique, mais que cependant, l'absence de réactions perturbées reste un élément favorable.

De ceci, nous pouvons déduire qu'il y a intérêt à entreprendre les cures précocement avant l'apparition des lésions organiques dont les perturbations biologiques ne sont que le reflet.

CHAPITRE VII

LA SENSIBILISATION A L'ALCOOL EST-ELLE UN OBSTACLE A LA REVERSIBILITE DES TROUBLES BIOLOGIQUES.

Nous n'avons pas systématiquement étudié l'évolution des tests biologiques chez tous les malades que nous avons suivis. Cette étude n'a été faite que sur 35 d'entre eux. Elle a compris :

- 1°) un examen hématologique,
- 2°) une exploration fonctionnelle hépatique.

Les constatations que nous avons pu faire ont porté sur les points suivants :

1°) au point de vue hématologique, nous avons constaté :

augmentation des polynucléaires	:	7 fois
" éosinophiles	:	14 fois
diminution " "	:	1 fois
" " polynucléaires	:	2 fois
" " G.R.	:	2 fois

Signalons que cette exploration hématologique n'a eu lieu que pour les sujets traités par le C.C.C.

Ces modifications hématologiques obtenues ont été trop légères pour qu'on puisse les retenir. Seule l'éosinophilie apparaît être un phénomène constant: ceci n'est en fait qu'une des manifestations de l'allergie que l'on cherche à obtenir par le traitement.

2°) au point de vue exploration biologique hépatique 9 observations seules sont exploitables.

Une deuxième exploration biologique a été pratiquée dans ces cas après quatre semaines de traitement.

De l'étude comparative de ces deux explorations, il ressort :

que la bilirubinémie	: (augmente dans 5 cas)diminue dans 2 cas (reste inchangée dans 1 cas
que le Mac Lagan	: (augmente dans 3 cas)diminue dans 1 cas (reste inchangé dans 4 cas
que la protidémie	: (reste normale dans 4 cas)augmente dans 1 cas (diminue dans 1 cas
que le cholestérol	: (reste normal dans 3 cas)augmente dans 2 cas
que la B.S.P.	: reste normale dans 3 cas
que la prothrombinémie	: (diminue dans 2 cas)reste normale ou inchangée dans 3 cas (augmente dans 2 cas

De ceci, on peut conclure que les cures de désintoxication, ou plus exactement les produits sensibilisants utilisés n'aggravent pas les perturbations biologiques existantes et ne sont même pas un obstacle à la réversibilité de ces perturbations, les cas où elles se sont aggravées ne correspondant, dans nos observations, qu'à la poussée évolutive d'atteinte hépatique non encore stabilisée.

CONCLUSION :

Ainsi donc, il apparaît que la cure de désintoxication, telle qu'elle est actuellement connue, n'aggrave pas les lésions hépatiques préexistantes et n'est pas un obstacle à la réversibilité des lésions.

DEDUCTIONS GENERALES

- ===== -

De l'étude biologique de 100 cures de désintoxication alcoolique, il ressort :

- 1°) que ni le nombre des perturbations des tests biologiques d'exploration hépatique observées chez un malade, ni la nature de cette perturbation, ni son intensité n'est un facteur favorisant des accidents de sevrage.
- 2°) que ni le nombre des perturbations des tests biologiques d'exploration hépatique observées chez un malade, ni la nature de cette perturbation, ni son intensité n'interviennent dans l'échec de la sensibilisation au Disulfiram ou au C.C.C., qu'elles ne sont pas des facteurs d'intolérance à ces produits et qu'elles ne gênent pas l'apparition du dégoût de l'alcool.
- 3°) que ni le nombre des perturbations des tests biologiques d'exploration hépatique observées chez un malade, ni la nature de cette perturbation, ni son intensité ne constituent un facteur d'aggravation des épreuves de conditionnement.
- 4°) que la pluralité des réactions biologiques perturbées, quelle qu'en soit la nature est un facteur d'échec à distance, mais dans des proportions minimales et, à elles seules, elles ne sauraient en aucun cas constituer une C.I. à la cure.
- 5°) que la plus grande fréquence des guérisons chez les sujets ne présentant pas des perturbations biologiques doit nous inciter à faire pratiquer des cures précoces.

6°) que les cures ne modifient pas le retour vers la normale des tests biologiques d'exploration hépatique.

7°) qu'une discrète éosinophilie est seule à retenir dans la sensibilisation par le C.C.C.

- ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ -

C O N C L U S I O N S

Les épreuves biologiques d'exploration hépatique ont été étudiées chez 100 sujets soumis à des cures de désintoxication éthylique.

Les perturbations n'interviennent pas dans l'échec de la sensibilisation aux produits utilisés ; elles ne favorisent pas les incidents des épreuves de conditionnement. Elles constituent un facteur d'échec à distance mais dans des proportions minimales.

Les cures n'entravent pas l'amélioration des tests perturbés. De ce fait, les perturbations biologiques d'exploration hépatique , à elles seules ne constituent pas une C.I. aux cures de désintoxication éthylique.

- - - - -

LE PRESIDENT DU JURY DE THESE

Professeur DEPARIS

LE DOYEN DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE PARIS

Professeur L.BINET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

AITOFF- Traitement de l'alcoolisme chronique.

Le Progrès Médical, 10 Janvier 1952.

AKHRAS Naim - Les insuffisances hépatiques chez les éthyliques, décelées par les tests fonctionnels.

Thèse de Médecine, Paris 1953 : 632 (Uni).

AMEIL M. - Etudes de quelques échecs dans le traitement des alcooliques chroniques.

Thèse de Médecine, Paris 1957 : 158 (Etat).

ARCHIN R. Cures de désintoxication éthylique en milieu hospitalier à Clermont-Ferrand.

Thèse de Médecine, Paris 1952.

ARMONSTRONG J., KERR Hugh - Nouveau médicament protecteur pour le traitement de l'alcoolisme (essai clinique préliminaire de la carbamide de calcium citratée).

Canadian (The) Medical Association Journal - Toronto : 74 - 10
(15 Mai 1956) p. 795 - 797.

BELL R.G., WILLOWDALE, ONTARIS - Essai clinique de la carbamide de Ca. citratée.

Canadian (The) Medical Association Journal - Toronto : 74 - 10
(10 Mai 1956) p. 797 - 798.

BERGUE et SOULAS M. - Contrôle de l'évolution de l'intoxication alcoolique par l'étude de l'excitabilité neuro-musculaire.

Soc. Française de Neurologie. Séance du 3 Mai 1956.

BOULET P., SERRE H., VALLAT G., MUVRISE J. et BARJON P. - Accidents d'hypertension artérielle pseudo-tumorale au cours de la cure de désintoxication éthylique par l'antabuse.

Bull. de la Soc. des Sciences Méd. et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen. Séance du 18 Juin 1954.

COIRAULT R., CAUSSE R., JOLIVET B. - Accident aphasique au cours d'une désintoxication alcoolique par le Disulfiram.

Soc. de Méd. Militaire Française, Paris. Séance du 11.10.56.

DAVOST P. - Essai sur quelques aspects cliniques, physiologiques et psychologiques de l'alcoolisme chronique.

Thèse de Médecine. Paris 1953 : 107 (Etat).

DELORE P., Mlle GUICHARDIERE, LAMBERT R., FONTVIEILLE J. - Etudes Médico-Sociales et bilan thérapeutique de 225 cas de désintoxication alcoolique par le Tetra éthyl thio urame disulfim.

Presse Médicale, Paris 63 - 28 (20 Avril 1955) p. 569 - 572.

DOCO - Contribution à l'étude des problèmes soulevés par l'administration du Disulfiram aux alcooliques dans les hôpitaux psychiâtriques. Thèse de la Faculté de Paris 1956.

DUBLINEAU J., HONORE B. et Mlle G. SEGUR - Sur quelques problèmes posés par le traitement des buveurs difficiles.

La Revue de l'Alcoolisme t.3 N° 10 Avril-Juin 1955 p. 240 - 250.

DUBLINEAU M.S., Mme SOLOUL, CALVET M. - Evolution du taux du cholestérol chez les buveurs en cours de cure considérée en fonction des facteurs typologiques.

Soc. Médico-psychologique. Séance du 26 Avril 1954.

DUCHENE H. - Les résultats éloignés des cures de désintoxication.
Colloque du groupe médical d'études sur l'alcoolisme, sur le traitement
ambulatoire de l'alcoolique, Paris. Séance du 4 Juin 1956.

FAU R., CHATEAU R. - Remarques sur les conditions d'apparition du D.T.
Journal de Méd. de LYON, LYON 37 : 884 (5.11.56) p. 797 - 801.

FELDMANN D.J., ZUCKER H.D. - Traitement actuel de l'alcoolisme.
Journal of the American Medical Association, Chicago 153 : 10
(7.11.53) p. 895 - 901.

FELDMANN H. (de Genève) - Les traitements modernes de l'alcoolisme
chronique. Considérations biologiques, psychologiques et sociales.
Hygiène mentale 1953 N° 1 p.15 - 35.

FELDMANN H. - Traitement de l'alcoolisme chronique par l'apomorphine.
Semaine des Hôpitaux 1953 p. 1481.

FELDMANN H. - Equilibre humoral dans le traitement de l'alcoolisme
chronique par l'apomorphine.
Revue Médicale Suisse Rom. 25.4.52 : 4 p. 205.

FELDMANN H. - Introduction aux traitements modernes de l'alcoolisme
chronique. Considérations biologiques, psychologiques et sociales.
Médecine et Hygiène 1.11.50 : 181 p. 383.

FELDMANN D.J. - Etude des méthodes courantes de traitement de l'alcoo-
lisme chronique.
Annales of Intern. Medicine Lancaster 44 .I (I.56) p. 78 - 87.

FERGUSSON J.K.W. - Nouveau médicament pour le traitement de l'alcoolisme I.
Canadian (The) Medical Association Journal Toronto 74 - 10 (15 Mai 1956)
p. 793 - 795.

FOLLION G. - Aperçu historique sur le traitement de l'alcoolisme.
Revue de l'alcoolisme, Nantes, T.3 N° 3 Juil.-Sept. 1953 p. 55 - 65.

FOUQUET P. et CLAVREUL J. - Lettres aux alcooliques : Essai de psycho-
thérapie éducative.

Société Médico-Psychologique. Séance du 25.10.54.

FOUQUET P. et CLAVREUL J. - Une thérapeutique de l'alcoolisme.
Presse Universitaire de France. Paris 1956.

JOSSERAND A., REYSS-BRION R. (LYON) - La prescription de l'Antabuse dans
les cures anti-alcooliques.

Semaine des Hôpitaux 1955 p. 3510.

JOSSERAND A., REYSS-BRION R. - Réflexions sur 4 ans de traitement anti-
alcoolique.

Revue Lyonnaise de Médecine 1955 : 4, 9, p. 321 - 329.

KHOCHBINE Abbas - Contributions à l'étude des modifications électro-
phorétiques des protides sanguines chez les alcooliques.

Thèse Médicale Paris 667 (Uni) 1956.

LAFON R., MONNIER P. et MINVIELLE J. - Etude comparée de l'électro-
phorèse des protides du sérum et du L.C.R. dans les encéphalopathies
alcooliques.

XXI° réunion neurologique internationale (Paris 5, 6 et 7 Juin 1956).

LECOQ R. - Les perturbations métaboliques de la maladie alcoolique et leur rapport avec l'excitabilité neuro-musculaire et certaines manifestations de H.T.A., de glycosurie et d'albuminurie.

La Revue de l'Alcoolisme II^e année N° 5 Jan.-Mars p. 131 - 141.

LECOQ R. - Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique.

Bull. de l'Académie Nationale de Méd. Séance du 8.11.55.

LECOQ R. - Les perturbations humorales observées chez l'alcoolique chronique.

Bull. de la Soc. de Biologie. Séance du 9.2.52.

LECOQ R. - Dépistage et Interprétation des perturbations humorales et sanguines des alcooliques chroniques.

Etudes anti-alcooliques N° 22 Avril-Juin 1952 p. 213 - 224.

LECOQ R. - Variation des taux d'A. pyruvique et d'acétaldéhyde dans le sang sous l'influence de l'agression alcoolique.

Bull. de la Soc. de Biologie. Séance du 10.11.51.

LECOQ R. - Troubles métaboliques et perturbations sanguines décelés par l'analyse chez les alcooliques chroniques.

Annales de Biologie clinique Paris 10:I-2 (Jan.-Fev. 1952) p.68-75.

LEERY C.M., FINEBERG J.C., WHITE T.J., GUASSI A.M. - Hyperglycémie et glycosurie chez l'alcoolique chronique insuffisant hépatique.

American (The) Journal of the Medical Sciences, Philadelphie

223 : 957 (Jan. 1952) p. 88- 95.

LEREBOULET J., VIDART L., DELARUE R. et GASTEAU E. - La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique.

Bull. et Soc. Méd. Hôp. Paris 68 N° 24 - 25 1952 p. 909 - 912

LEREBOULET J. VIDART L., GASTEAU E. - Expérience de désintoxication alcoolique, ses méthodes, ses résultats.

Bull. de l'Académie Nationale de Med. Séance du 16 Juin 1953.

LEREBOULET J. - La Désintoxication alcoolique.

La Revue du Praticien, Paris 3 : 32 (II/12/53) p. 2421-2427.

LEREBOULET J., PLUVINAGE R. et VIDART L. - Les limites de la désintoxication alcoolique.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Séance du 21 Mai 1954

LEREBOULET J., VIDART L. et GASTEAU E. - Notre expérience de la désintoxication alcoolique, ses résultats éloignés.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Séance du 21 Mai 1954.

MAO Michel - Contribution à l'étude de l'alcoolisme chronique et de la désintoxication alcoolique.

Thèse Médicale, Paris 1957 : 800 (Etat)

MARIE Claude - A propos d'un nouveau mode de traitement de l'alcoolisme chronique par implantation de Disulfure de tétra - éthyle - thio - urame.

Thèse Médicale, Paris 1955 : IIII (Etat)

MARTINON D. et LANDRY M. - Considérations sur les traitements biologiques des psychoses alcooliques aiguës et subaiguës.

Semaine des Hôpitaux Thérapeutique 223 n° 3 Mars 1956.

MENCHINI G., BENDA N. et ORLANDI F. - Aspect histologique du foie dans l'alcoolisme - Observations sur 32 cas étudiés par la ponction - biopsie du foie.

Semaine des Hôpitaux 1955, p. 2134

- NADEAU G., ROULEAU Y., DELAGE J. - Le sort du foie des alcooliques.
I Epreuve à la Bromosulfaléine, un indice de dysfonctionnement hépatique
chez l'alcoolique chronique.
Laval Médical Québec. Vol. I9 n° 1 Jan. I954.
- NAYRAC P. et WAROT P. (Lille) - Peut-on déshabituer un buveur d'habitude.
Semaine des Hôpitaux Thérapeutique 442. I957.
- NOBRE de MOLO A.L. et NOGUEIRA DE SOUZA F. - Traitement de l'alcoolisme
chronique.
Jornal brasileiro de Psiquiatria I953. Vol 2 n° 1 p. 37 - 48.
- PERGOLA F., BENSSOUSSANK P., ROUSSEL A., VILLIAUNEY E.M. - Troubles
caractériels des alcooliques chroniques et altérations hépatiques.
Presse Médicale Paris 64 : 84 (2I/II/56) p. I94I-I944.
- PERRIN P. et C. de MONDRAGON - La place de la cure de Disulfiram dans
le traitement de l'alcoolomanie.
Revue de l'Alcoolisme, 6° Année, n° 1 Jan.-Mars I953, p. I-28
n° 2 Avril-Juin I953 p. 43-52
- PILOTTI G. et PISANIG.- Contributions à l'étude des rapports entre
l'alcoolémie et la V.S. des Hématies.
Minerva Médica Turin 45 : 50 (23 Juin I954) p. I823.
- POLONI A. (de Bergame) - Sur le traitement avec le Disulfure de tétra
éthylthiurame d'alcooliques épileptiques et d'épileptiques alcooliques.
Rassegna di neuro psichiatria Vol. 6 n° 3 Mai-Juin I952 p. 2I9-227.
- POROT M., DUBOUCHER G.- 4 ans après, ou les résultats éloignés du trai-
tement des alcooliques par le Disulfiram.
Algérie Méd. Alger, 8 Août 55 p. 64I-645.

REQUET A., Cl. NACHIN, Melle L. BARRAUT - Devenir de 594 buveurs ayant subi des cures de dégoût par le Disulfiram.

Journal de Méd. de Lyon, Lyon 38:896 (5 Mai) p. 4II-4I5

REQUET A. et REVOL L. - Une nouvelle cure de l'Alcoolisme.

La Presse Médicale 57^e Année, n° 66 (22/IO/49) p. 966-967.

REYSS-BRION.- Un test de contrôle des cures d'Antabuse.

Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon. Séance du 20 Juin 1955.

REYSS-BRION R., JOSSERAND A., MARTIN J.- Syndrôme de surdosage au cours des cures d'Antabuse.

Lyon Médical 192 : 40 (3/IO/54) p. 277-296.

ROYER P. et BRIGNON (de Nancy) - Variations de l'activité cholinestérasique du sérum au cours du traitement de l'alcoolisme chronique par le biocatalyseur (Hormone mâle - Vit. B I2)

ROYER P., MEIS M. Melle N. VERNET et BURNER M.- Le test de thorn chez les alcooliques avant et après la cure de désintoxication.

La Revue de l'Alcoolisme, 7^e Année, n° 5 Jan.-Mars 1954, p. IO8-IO9

ROYER P., MEIS M., VERNET N. et BRIGNON J.- L'élimination des I7 cétostéroïdes chez l'alcoolique.

La Revue de l'Alcoolisme, 7^e Année, n° 5 - Jan.-Mars, p. IO5-IO8.

SCHOELLER - Abaissement de l'urée chez les alcooliques.

Thèse Médicale, Paris 1956. 787 Etat.

SIEGENTHALER W., KOLLER F.- Le traitement médicamenteux de l'alcoolisme par l'Antabuse.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift Bâle 84:6 (6/2/54) p. 2I3-2I7.

SMITH JACKSON, OMAHA, Jack WOLFORD, MARCLYN WEBER & DONGLUS MAC LEAN.-
Nouveau médicament pour l'alcoolisme chronique.

Congrès Association Américaine de Médecine. New York. Juin 1957 - Vol.
I65. p. 4-17.

STEMPLINGER F.- Traitement ambulat des buveurs par le Médecin de Famille.
Munchener Medizinische Wochenschrift Munich 97:47 (25/10/55) p. 1595-1597

THUILLIER J.- Le problème thérapeutique actuel de l'alcoolisme chronique.
Semaine des Hôpitaux 1953, p. 767.

THUILLIER J.- Etude de 200 cas d'alcoolisme chronique traités par
l'Antabuse, déductions thérapeutiques.
Bull. de la Soc. de Thérapeutique et de Pharmacodynamie. Séance du
II/II/50.

TITECA.- Du danger d'administrer l'Antabuse à l'insu du malade.
Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica. Bruxelles 55 (5/5/55)
p. 409-415.

VIEILLEFOSSE R. et WEIZMANN H.- Travaux récents sur le traitement de
l'alcoolisme par le Disulfiram.
La Revue de l'Alcoolisme, II^e Année, n° 5 Jan.-Mars 1957, p. 142-156.

VURDELJA N.- Précisions sur les résultats du traitement de l'alcoolisme
par le Disulfiram.
Neuropsychijatrija, Zagreb, Vol. 5, n° 51, 1957 p. 28-33.

WAROT P.- Résultats du traitement de 170 éthyliques par le T.T.D.
Bull. de la Soc. de Méd. du Nord, Séance du 25 Mars 1953.

ZAPPI Franco et MILLEFIORINI M. (de Rome).- Thérapeutique des accidents de l'Antabuse - alcool par la bêta-phénylisopropylamine.

Revista di neurologia. Vol. 25, fasc. 5.- Sept.-Oct. 1955, p. 725-732.

- ===== -



